



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**FATORES DE RISCO PARA O NEAR MISS MATERNO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE**

CATIANE SOUZA TAVARES COSTA

ARACAJU
2017

CATIANE SOUZA TAVARES COSTA

**FATORES DE RISCO PARA O NEAR MISS MATERNO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe
como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem.

Orientação: Profa. Dr^a Alzira Maria D'Avila Nery
Guimarães.

**ARACAJU
2017**

CATIANE SOUZA TAVARES COSTA

**FATORES DE RISCO PARA O NEAR MISS MATERNO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe
como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem.

Orientação: Profa. Dr^a Alzira Maria D'Avila Nery
Guimarães.

Aprovado em: ____/____/____.

COMITÊ DE AVALIAÇÃO	PARECER / ASSINATURA
Prof. Dra. Alzira Guimarães	Parecer_____ Assinatura_____
Prof. Dr José Rodrigo Santos Silva	Parecer_____ Assinatura_____
Prof. Dr Marco Antônio Prado Nunes	Parecer_____ Assinatura_____

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a DEUS, por me fornecer sabedoria emocional nos momentos de adversidade, sabedoria nas decisões, força e principalmente, alegria pelos objetivos diários alcançados nesta trajetória; sem ele, não seria possível a realização deste sonho.

Aos meus familiares, em especial meu marido Thiago Costa dos Santos, aos meus pais Robson e Marinalva, pela dedicação, carinho, incentivo e paciência por ajudar-me a chegar até aqui, por muitas vezes se dedicarem junto a mim para que o meu objetivo fosse o deles. Obrigado por acreditarem na minha capacidade de chegar ao objetivo tão desejado e hoje podermos compartilhar juntos a nossa vitória. Sem vocês nada disso seria possível. Amo vocês!

À minha orientadora Alzira Maria D'Avila Nery Guimarães, pela confiança, responsabilidade, amizade, disponibilidade, compreensão e apoio. A minha admiração e gratidão é cada dia maior em razão do seu incentivo, sua força e seu conhecimento que foram compartilhados humildemente comigo e foram indispensáveis para a obtenção deste trabalho. Ao estatístico José Rodrigo Santos Silva, que realizou as análises do banco de dados da pesquisa com comprometimento, responsabilidade e disponibilidade com o objetivo de executar o melhor trabalho possível. Muito obrigada!

Às mulheres deste estudo, à minha eterna gratidão e reconhecimento, pois, mesmo estando ocupadas com as rotinas diárias, dedicaram parte do tempo para colaborar com o presente trabalho. Muito obrigada. Sem a dedicação e disponibilidade de vocês a obtenção do estudo seria impossível.

Às todas as minhas colegas do mestrado que dividiram as dificuldades e todo o peso das dificuldades e adversidades durante a longa caminhada. Em especial as minhas companheiras Ingrid Melo, Shirley Dósea e Daniele Nardello pelo carinho e pela presença nos momentos alegres e tristes compartilhando com a mesma intensidade as alegrias e tristezas, os quais sempre serão lembrados com imensa saudade.

“Determinação, coragem e auto-confiança são fatores decisivos para o sucesso. Se estamos possuídos por uma inabalável determinação, conseguiremos superá-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho.”

RESUMO

Objetivo: Analisar os fatores de risco para Near Miss (*NM*) materno em mulheres pós *NM*, residentes em Aracaju, relacionado à Atenção Primária à Saúde. **Método:** Estudo caso controle realizado com 54 mulheres (18 casos e 36 controles). As variáveis quantitativas foram analisadas por meio do teste não paramétrico de Wilcoxon. Para avaliar associação entre as variáveis categóricas, foram utilizados os testes de Qui-Quadrado Person e Exato de Fisher. Os fatores de risco foram estimados a partir de Odds Ratio (OR). **Resultados:** Para as variáveis quantitativas o comportamento entre os grupos caso e controle foi semelhante. Dentre as variáveis qualitativas “ter companheiro, a história prévia da doença e o tipo de parto” foram as variáveis que tiveram significância estatística com o *Near Miss Materno (NMM)*. Na regressão logística simples, para a análise dos fatores de risco para o *NMM*, foi verificado que ter companheiro e tipo de parto apresentaram respectivamente 13,60 (IC: 4,11; 4,96) 4,08 (IC: 1,23;13,51) mais chance de uma mulher ter *NM*. **Conclusão:** Faz-se fundamental a atenção contínua à mulher em todo o ciclo gravídico puerperal, uma vez que foi identificado que essas mulheres necessitam ter um melhor acompanhamento na Atenção Primária à Saúde (APS).

Descritores: Cuidado de Enfermagem; Fatores de Risco, *Near Miss Materno*

ABSTRACT

Objective: Objective: To analyze risk factors for maternal Near Miss (*NM*) in post *NM* women, residing in Aracaju, related to primary health care. Method: Control case study with 54 women (18 cases and 36 controls). Quantitative variables were analyzed using the non-parametric Wilcoxon test. To evaluate the association between the categorical variables, the Chi-Square and Fisher's Exact tests were used. Risk factors were estimated from Odds Ratio (OR). Results: For the quantitative variables, the behavior between the case and control groups was similar. Among the qualitative variables "having a partner, the previous history of the disease and the type of delivery" were the variables that were statistically significant with NMM. In the logistic regression simple, for the analysis of risk factors for NMM, it was verified that having a partner and type of delivery presented, respectively, 13.60 (CI: 4.11, 4.96), 4.08 (CI: 1.23; 13,51) more chance of a woman having NMM. Conclusion: Continued attention is paid to women throughout the puerperal pregnancy cycle, since it has been identified that these

Keywords: Nursing care; Risk Factors, Near Miss Materno

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
CNS – Conselho Nacional de Saúde
ESF – Eestratégia de Saúde da Família
HGS – Hospital Gabriel Soares
HSI – Hospital Santa Isabel
MNSL – Maternidade Nossa Senhora de Lourdes
NM – *near miss*
NMM – *near miss* materno
ODM – Objetivo de desenvolvimento do milênio
ODS – Objetivo do Desenvolvimento Sustentável
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PN – Parto Normal
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
REBEN – Revista Brasileira de Enfermagem
AIDS – Síndrome da imunodeficiência –
SM – Salário mínimo
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UFS – Universidade Federal de Sergipe
UTI – Unidade de tratamento intensivo
UTIN – Unidade de tratamento intensivo neonatal

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Comparação das médias entre os grupos caso e controle, para variáveis quantitativas. Aracaju, SE, Brasil, 2016.....	43
Tabela 2 – Distribuição das frequências dos casos e dos controles para as variáveis qualitativas relativas aos aspectos sócios demográficos e da atenção pré-natal. Aracaju, SE, Brasil, 2016.....	44
Tabela 3 – Distribuição das frequências dos casos e dos controles para as variáveis qualitativas relativas à atenção ao parto e no puerpério. Aracaju, SE, Brasil, 2016.....	46
Tabela 4a – Odds Ratio (OR) e correspondentes intervalos de confiança (IC95%) para variáveis companheiro e tipo de parto, estimados pelo modelo de regressão logística simples. Aracaju, SE, Brasil, 2016.....	47
Tabela 4b – Odds Ratio (OR) e correspondentes intervalos de confiança (IC95%), para variável história prévia da doença estimados pelo modelo de regressão logística simples. Aracaju, 2016.....	48

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO.....	12
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
3OBJETIVOS.....	20
3.1 Objetivo Geral.....	20
3.2 Objetivos Específicos.....	20
4 CASUÍSTICA E MÉTODOS	21
4.1 Tipo de estudo/Local de estudo.....	21
4.2 População do estudo e amostra.....	21
4.3 Definições de casos.....	22
4.4 Definição de controles.....	22
4.5 Instrumento de coleta de dados.....	23
4.6 Aspectos éticos.....	23
4.7 Variáveis do estudo.....	23
4.8 Análise de dados.....	24
5 ARTIGO CIÊNTÍFICO.....	25
REFERÊNCIAS.....	42
ApêndiceA	44
Apêndice B.....	49

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade materna representa um grande desafio pelo número elevado de desperdícios de vida nos países em desenvolvimento. Embora as estatísticas revelem acentuado declínio no Brasil, os níveis ainda continuam muito elevados (ROSENDO, et.al. 2015). Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) evidenciam uma redução de 55,0% da taxa de óbitos maternos entre os anos de 1990 a 2011(WHO, 2016).

Entretanto, essa significativa redução da mortalidade materna corresponde a menos da metade do esperado para o cumprimento de um dos Objetivos do Milênio (ODM, 2013) (SOUZA, J.P, 2008). Assim, a meta de se reduzir a mortalidade materna em três/quarto, entre 1990 e 2015, não foi atingida e persiste como problema de saúde pública (WHO, 2016).

No Brasil, a morte materna pode ser considerada problema de saúde pública e, segundo dados do Ministério da Saúde, as regiões Norte e Nordeste têm os piores indicadores, enquanto as regiões Sul e Sudeste apresentam as menores proporções (BRASIL, 2011). As causas obstétricas diretas, doenças hipertensivas, hemorragias e infecções puerperais são responsáveis por 75,0% dos óbitos maternos em todo território brasileiro (ROSENDO, et.al. 2015)

Nas duas últimas décadas, uma nova terminologia, *NM*, foi introduzida por STONES et al. em 1991, fazendo referência à situação na qual mulheres que apresentam complicações potencialmente letais durante gravidez, parto e puerpério, sobrevivem ao acaso, ou devido a assistência hospitalar de qualidade (SOUZA, J.P, 2010).

A incidência de *NM* pode ser considerada indicador de complicações da atenção do ciclo gravídico puerperal e de surgimento de condições crônicas de saúde. É possível avaliar a ocorrência de complicações que são ameaçadoras da vida da mulher na gestação, parto e pós-parto, além de ser um sinalizador da qualidade da atenção obstétrica prestada a esse grupo populacional (SAY et al., 2009).

A atenção pré- natal no Brasil, em sua maior parte, ocorre na APS, que se configura como o principal acesso ao sistema de saúde, contato preferencial para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), que deve ser capaz de resolver necessidades de saúde mais frequentes

da população. É caracterizada por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção à saúde e prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação e manutenção da saúde da população (MENDES, 2013).

Os marcadores clínicos e de intervenção mais prevalentes, relacionados ao *NM* materno, apontam para a necessidade de fortalecimento da APS, com a realização de um pré-natal de qualidade e para a importância de uma rede de saúde articulada que garanta a referência e o tratamento com os recursos humanos e tecnológicos necessários na atenção terciária, reduzindo as possíveis iniquidades existentes na saúde (GUERREIRO, 2013).

No Brasil, a APS é viabilizada por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) que tem a responsabilidade de realizar a atenção no ciclo gravídico/ puerperal e em todo o seu ciclo de vida da mulher, referenciando para o nível secundário e ou terciário, porém com a responsabilidade de acompanhar as identificadas com risco (MENDES, 2013).

Mulheres pós *NM* estão inseridas como usuárias de risco, assim, a abordagem da equipe de saúde da família, deve ser realizada, de forma individualizada com enfoque nas complicações relacionadas a essa condição, o que se faz de extrema importância (ALMEIDA, 2011).

O desenvolvimento de estudos a cerca de *NMM* tem sido utilizado para reconhecer os pontos críticos referentes à assistência à mulher. Alguns estudos sobre o tema vêm sendo realizados, procurando evidenciar as questões conceituais e clínicas, mas poucos abordam o seguimento da mulher sobrevivente de um evento de *NM* em até um ano após a ocorrência. De tal modo, para ampliar o olhar dos profissionais de saúde que compõem a equipe da APS, fazem-se necessários estudos que abordem a temática proposta.

Como contribuição, esta pesquisa tem o objetivo de analisar os fatores de risco para *NM* materno em mulheres pós *NM* na APS, residentes em Aracaju, relativo ao cuidado na APS, a fim de provocar uma reflexão sobre a assistência prestada às mulheres com *NM*, colaborando para uma redução do número de complicações maternas durante o pré-natal, parto e pós-parto.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A morte materna é considerada evento trágico durante o processo fisiológico da reprodução de grande parte das mulheres no mundo (SOUZA et.al., 2010). A OMS estima que em 2010 cerca de 290 mil mulheres no mundo morreram durante a gestação e o parto. Esse número representa um declínio de 47% em relação aos níveis encontrados em 1990, mas está distante do que foi proposto como a 5ª meta dos ODM de redução de 75% das mortes maternas em 2015.

Grande parte das mortes que ocorreram em 2010 em mulheres com renda desfavorável poderia ter sido evitada (WHO, 2014). Porém, nesse cenário, as mulheres podem desenvolver complicações graves durante a gestação. Uma proporção delas sobrevive por pouco, além de algumas delas, sofrem complicações que acarretam em óbito (OMS, 2000).

Embora a taxa de mortalidade materna mundial tenha diminuído ao longo das últimas duas décadas, de 400 para 210 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos entre 1990 e 2010, o relatório dos ODM de 2013 mostra que as ações conjuntas dos governos nacionais, da comunidade internacional, seriam importantes para o cumprimento da meta de redução da mortalidade (ONU, 2013).

Segundo relatório da OMS, com foco nas causas globais das mortes maternas, há um destaque ao impacto que condições médicas preexistentes, tais como, diabetes, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), malária e obesidade, têm sobre a saúde da gravidez grande impacto sendo responsáveis por 28,0% das mortes deste tipo no mundo (OMS, 2000). A mortalidade materna é considerada um bom indicador para avaliar as condições de saúde de uma população (BRASIL, 2011).

As mortes maternas constituem apenas a ponta de um *iceberg* de morbidade grave relacionada à gestação, parto e puerpério. Estima-se que dez milhões de mulheres apresentem complicações graves da gestação a cada ano e que sua incidência não seja muito diferente nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Dessa forma, as complicações quando percebidas, tratadas e monitoradas podem ser responsáveis pela redução da morte materna. Há que se relacionarem complicações graves na gestão com desfechos desfavoráveis, com a falha

na percepção, abordagem, tratamento e monitoramento das mulheres durante o período parturitivo (SOUZA, 2008).

Elevadas razões de mortalidade materna são indicativas de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, situações em que a violência está presente e, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade (BRASIL, 2011). O risco de uma mulher, em um país em desenvolvimento, morrer de uma causa materna, durante sua vida, é cerca de 20 vezes maior, em comparação com uma mulher que vive em um país desenvolvido. A mortalidade materna é um indicador de saúde que mostra grandes disparidades dos serviços de saúde referente à qualidade evidenciada entre regiões ricas e pobres, urbanas e rurais de um determinado país (WHO, 2016).

O governo brasileiro tem significativa preocupação com a morte materna. Desde 1987 o Brasil implantou ações visando aprimorar a vigilância da morte materna, em especial por meio da implantação dos Comitês de Mortalidade Materna, com o objetivo de reduzir em 15,0% a mortalidade em mulheres nas capitais brasileiras (BRASIL, 2004). Essa política foi reafirmada em 2004 com o “Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal”. Em 2005, todos os 27 estados da federação encontravam-se com comitês estaduais de morte materna implantada (BRASIL, 2007).

No município de Aracaju, o primeiro comitê de Mortalidade Materna foi criado em 1999, sediado na Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju (SMS). É composto por gestores e funcionários de instituições de saúde (hospitais, maternidades e unidades básicas de saúde) e realiza reuniões regulares visando analisar os casos de morte materna ocorridos no município, individualmente, a fim de detectar possíveis falhas no processo assistencial (GALVÃO et.al., 2012).

Ainda assim, a subinformação e o sub-registro são uma realidade no Brasil e dificultam o monitoramento do nível e da tendência da mortalidade materna. O Ministério da Saúde editou a Portaria nº 653 de 28 de maio de 2003, com o objetivo de melhorar o registro da morte materna, caracterizando-a como evento de notificação compulsória (BRASIL, 2007).

Vários estudos sobre as situações que podem levar ao óbito materno têm sido utilizados com frequência cada vez maior como forma de avaliação da qualidade da

assistência (VOGEL et.al., 2014) (KAROLINSKI et.al., 2015). Situações de morbidade materna grave, que acontecem em consequência de alguma complicação no ciclo grávido-puerperal, podem levar à morte quando não são assistidas de forma adequada e têm magnitude muitas vezes superior à da morte materna (FILIPPI et al., 2006).

Reduzir a mortalidade materna é uma das principais metas discutidas em conferências internacionais atuais e a sua redução em três quartos até 2015 foi um dos ODM apresentado como a quinta meta de número cinco, da Organização das Nações Unidas (ONU) (WHO, 2009). Porém, com o não êxito do ODM novas metas estão sendo discutidas para a redução da mortalidade materna (KAROLINSKI et al., 2015).

Os novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) são uma iniciativa global que sucederá os ODM e convocam o mundo para a um esforço de eliminação da mortalidade materna evitável entre os anos de 2016 e 2030. Dentre os ODS, existe um grande objetivo relacionado à saúde (ODS 3 – Assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar em todas as idades) e, uma de suas metas, é reduzir a razão de mortalidade materna global para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos (WHO, 2016).

As situações de morbidade e/ou de complicações pós-natal caracterizam-se como *NM* e referem-se a uma situação de complicação obstétrica grave potencialmente tratável. O termo morbidade materna grave refere-se a uma situação um pouco menos grave que *NM* (GELLER et al., 2001). Estudos recentes Rosendo et.al. 2015 afirmam que a OMS definiu um caso de *NM* materno como uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu a uma complicação, durante a gravidez, parto ou puerpério.

Na literatura, *NM* trata-se de um evento de quase perda, ou seja, uma ocorrência clínica adversa, termo empregado no controle de tráfego aéreos, para designar um acidente que se aproximou do acontecimento, mas, por alguma razão, não se verificou. Tem sido utilizado pela medicina clínica, podendo ser empregado em várias situações. Em se tratando da obstetrícia, pensando em mortalidade materna, *NM* trata-se de evento adverso que conduziu a danos e morbidade para a mãe que, de algum modo, sobreviveu (MANTEL et.al., 1998).

Para a caracterização de evento *NM* é necessário não somente a presença de doença ou complicação no ciclo grávido-puerperal levando à morbidade materna grave, mas também, a ocorrência de alguma forma de tratamento ou cuidado especial para que não houvesse evolução para morte (PEREIRA et al., 2011). Dessa forma, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu critérios que identificam casos de *NM*, com o objetivo de facilitar o seu uso na rotina e monitoramento da assistência obstétrica. Estes critérios foram categorizados em clínicos, laboratoriais e de manejo (WHO, 2008), conforme tabela abaixo.

Quadro 01 – Critérios da OMS para Near Miss materno (2000).

Clínicos	Laboratoriais	Manejo
Perda de consciência > 12 horas	Saturação de O ₂ <90% por > 60min.	Uso contínuo de drogas vasoativas
Perda de consciência e ausência de pulso	PaO ₂ /FiO ₂ < 200 mmHg	Histerectomia após infecção ou hemorragia
Icterícia na presença de pré-eclâmpsia	Bilirrubina > 6,0 mg/dl	Transfusão ≥ 5 unidades de hemácias
Convulsões não controladas	Trombocitopenia aguda (<50.000)	Diálise por insuficiência renal aguda
Oligúria não responsiva a fluídos e diuréticos	Perda de consciência e presença de glicose e cetoácidos na urina	Intubação e ventilação por ≥ 60 min – não relacionada a anestesia
Frequência respiratória >40 ou <6 m/mim.	Lactato >5	Ressuscitação cardiopulmonar
Cianose aguda	PH < 7,1	
Gasping	Creatinina ≥ 3,5mg/dl	
Choque		
Distúrbio da coagulação		
Acidente vascular cerebral		

Torna-se cada vez mais necessário estudar a ocorrência de complicações na gravidez com direcionamento ao tema *NMM* e seus fatores de risco associados à população, em âmbito local, pois isso resultará num grande entendimento do processo que ocorre nessas mulheres desde o estado de saúde até o adoecimento (ROSENDO et al., 2015). Além disso, o conhecimento desta questão pode colaborar para a construção das políticas públicas e da

assistência oferecida às mulheres que desenvolvem complicações relacionadas à gravidez, parto e puerpério, e pode contribuir para a formação de um sistema de vigilância integrado e eficaz (PEREIRA et.al., 2011) (ROSENDO et.al., 2015).

Até o ano de 2009, em reunião do grupo de estudos em mortalidade e morbidade materna para a OMS que definiu os critérios para *NM*, existiu grande controvérsia sobre a operacionalização da definição desses casos. Inicialmente, alguns pesquisadores adotavam os critérios de Mantel *et al.* (1998), que eram baseados na ocorrência de disfunção orgânica materna. Outros elegiam os critérios de Waterstone, Bewley, Wolfe (2001) que levavam em conta a presença de determinadas doenças, por exemplo, eclampsia.

A APS no Brasil é desenvolvida por meio da ESF. A Unidade de Saúde da Família (USF) é o ponto de atenção inicial para a implantação da abordagem ao paciente eleito como grupo de risco, o qual *NM* está incluído. A implantação como rotina do plano de cuidado individual para mulheres eleitas como grupo de risco é importante para melhoria da qualidade da assistência prestada. Mediante avaliação planejada dentro de uma USF, todos os serviços de saúde oferecidos à mulher deverão ser baseados na abordagem direcionados às eleitas com risco de *NMM*, ou que já desenvolveram algumas complicações relacionadas ao desenvolvimento da patologia no pós-parto imediato e/ou tardio (BRASIL, 2011).

A APS é definida como estratégia de organização do sistema de saúde que objetiva realizar ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento de problemas de saúde mais prevalentes e reabilitação individual e coletiva (FACCHINI et al., 2008). Deve ser capaz de resolver necessidades de saúde mais frequentes da população, caracterizada por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo. Devido a sua possibilidade de vínculo e responsabilização pelos problemas de saúde torna a rede mais capaz de fazer a escuta e de produzir soluções na coordenação dos cuidados integrais (GALVÃO, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece que a APS deva desenvolver um processo de trabalho voltado para o planejamento, organização e execução de ações preventivas de saúde (KAWATA et al., 2009). Compete ao enfermeiro e a todos os membros da equipe que compõe a ESF acompanhar todas as pessoas do território adscrito de

sua área priorizando grupos de risco, aos quais mulheres pós Parto Normal (PN) estão inseridas.

A demanda por cuidados preventivos é de grande relevância na APS e envolve um amplo leque de tecnologias como o rastreamento de doenças, vacinação, prevenção de fatores de risco proximais, prevenção de fatores de riscos biopsicológicos individuais, estratégias comportamentais, e de motivação aplicadas em intervenções de estilos e hábitos de vida (CONASS, 2015).

A identificação das possíveis complicações maternas durante o processo de pré-natal, parto e pós-parto faz parte da abordagem do profissional que compõe as equipes de saúde, em todos os níveis de atenção, pela OMS na abordagem do *NMM*. A identificação de todas as mulheres elegíveis é vital para esta abordagem, a fim de garantir que todas as mulheres caracterizadas como elegíveis sejam identificadas e incluídas na avaliação da equipe multiprofissional de forma individualizada e direcionada em todos os níveis de assistência (OMS, 2000).

Neste contexto, o cuidado realizado pelo enfermeiro da APS pode ser um instrumento desencadeador de mudança das práticas de saúde e pode contribuir para um processo de reflexão e revisão de sua prática. Desenvolver o conhecimento a cerca da abordagem diferenciada a mulher pós *NM*, com base nas possíveis complicações pós-natal pode efetivar mudanças significativas na as saúde dessas usuárias.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

- Analisar os fatores de risco para *NMM* em mulheres pós *NM*, residentes em Aracaju, relativo ao cuidado na APS

3.2 Objetivos Específicos

- Verificar o característico sócio demográficas das mulheres identificadas como *NM* e de risco gestacional habitual;
- Identificar as características da saúde reprodutiva e da atenção à saúde das mulheres identificadas como *NM* e de risco gestacional habitual;
- Analisar os fatores de risco para *NM* materno em pós *NM*, residentes em Aracaju, referente à atenção à saúde na APS.

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo/Local de estudo

Esta pesquisa se caracteriza por ser um estudo caso controle de *NM* materno, realizada em Aracaju, capital do estado de Sergipe. O município dispõe de uma rede de serviços de saúde para a assistência materna composta por 44 unidades básicas de saúde, com cobertura (BRASIL, 2015) de 87,0% da ESF, estratégia eleita pela Secretaria Municipal de Saúde para realizar a APS em Aracaju. A atenção ao pré-natal de médio e alto risco é realizada por meio de um Centro de Especialidade de Aracaju (CEMAR) e rede conveniada, contratada para essa finalidade (ALMEIDA, 2011).

Para a assistência ao parto o município dispõe de quatro maternidades, duas conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS): Hospital Santa Izabel (HSI), Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL) e duas maternidades privadas que atendem gestantes provenientes da categoria de internação particular e o Hospital Gabriel Soares (HGS), (ALMEIDA, 2011).

O local do estudo foram as UBS que desenvolvem a APS no município de Aracaju, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde que possui a responsabilidade de acompanhar a população adstrita no seu território, com priorização de grupos, no qual se inserem as mulheres pós *NM*, além do domicílio das mulheres que foram identificadas como risco habitual e *NM*, no presente estudo.

4.2 População do estudo e amostra

A população do estudo foi composta por mulheres residentes no município de Aracaju, que forem identificadas como *NM*, em um banco de dados construído por meio da pesquisa “Características epidemiológicas dos óbitos fetais e neonatais precoces de filhos de pacientes com Near Miss” que foi concluída em 15 de setembro de 2015. Essas mulheres preencheram pelo menos um dos critérios de *NM* preconizados pela OMS (SAY et al., 2009), anteriormente especificados, o que caracteriza um caso de *NMM*.

Também foram pesquisadas mulheres que fizeram pré-natal nas Unidades de Saúde da Família, com risco habitual, realizado no mesmo período, que as mulheres identificadas como

NM, segundo critérios da OMS, em duplicidades do quantitativo de mulheres classificadas, como *NM* (SAY et al., 2009).

Com a conclusão da pesquisa anteriormente referida, foi dimensionada a amostra inicial com 21 mulheres classificadas como *NM*, sendo que, no presente estudo foi verificada amostra de 18 casos de *NM* e selecionados 36 controles conforme critérios de inclusão, totalizando 54 mulheres que compuseram a amostra total. Ressalta-se que foram excluídos da amostra inicial os casos de *NM* que não residirem no município de Aracaju.

4.3 Definição de casos

Foram considerados casos de *NM* materno, as mulheres que pariram nas maternidades de Aracaju, residentes neste município, que possuem pelo menos um dos critérios definidos pela OMS (SAY et al, 2009) e que compuseram a amostra de mulheres residentes em Aracaju, verificadas no estudo “Características epidemiológicas dos óbitos fetais e neonatais precoces de filhos de pacientes com *Near Miss*” que foi concluída em 15 de setembro de 2015.

4.4 Definição de controles

A definição dos controles foi realizada após a identificação dos casos de *NM* materno no estudo supracitado e foram assistidos pelas UBS as quais os casos de *NM* foram acompanhados durante o pré-natal. O emparelhamento foi realizado a partir das seguintes variáveis:

- Idade cronológica;
- Idade Gestacional;
- Atenção pré-natal realizada pela mesma USF e equipe que assistiu mulheres com *NM*;

Após o emparelhamento dos casos foi possível realizar a identificação da amostra, para posterior aplicação do instrumento de coleta de dados.

4.5 Instrumento e coleta de dados

Esta pesquisa faz parte de um projeto maior, inserido no Grupo de Estudos sobre *NM* da Universidade Federal de Sergipe, que foi desenvolvida com alunos da graduação de

medicina e mais duas mestrandas do Mestrado Ciências da Saúde, coordenados por Professores do Departamento de Enfermagem e Medicina.

Foi aplicado para os casos e controles um formulário contendo 48 (quarenta e oito) perguntas (Apêndice A) realizadas nos domicílios dessas mulheres. O início da coleta dos dados foi realizado em outubro de 2015, com finalização em outubro de 2016.

Inicialmente foi realizada busca das mulheres identificadas como *NM*, de acordo com os critérios de inclusão supracitados, nos endereços constantes no banco de dados do estudo mencionado anteriormente. Após a seleção dessas mulheres *NM*, a partir do local de suas residências, foram localizadas as USF e, conseqüentemente, as mulheres que fizeram pré-natal acompanhada pela equipe de saúde da família a qual estavam inseridas.

4.6 Aspectos éticos do estudo

Estudo atendeu as normas e diretrizes da Resolução 466/12, cujo objetivo é regular os aspectos éticos de qualquer pesquisa "envolvendo seres humanos", do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os aspectos éticos também serão baseados no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 1998, capítulo IV, artigos 35 e 37.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe (CAAE: 50513415.9.0000.5546).

4.7 Variáveis do estudo

Foram estudadas variáveis relativas à identificação da mulher, aspectos sociais, econômicos e demográficos, (renda familiar, anos de estudo), ligadas à vinculação da mulher as unidades de saúde da família/ equipe de saúde da família a qual está inserida, referentes à saúde reprodutiva e de atenção à saúde no ciclo gravídico puerperal: números de consultas realizadas pelo médico e enfermeiro na UBS, realização de exames laboratoriais no pré-natal, tempo entre solicitação e a realização de exames, tempo entre a realização dos exames e recebimento dos resultados; mulher para outros níveis de atenção; critério identificado para inserção como *NM*; idade gestacional por ocasião do parto; tipo de parto, número de visitas domiciliares; elaboração de plano de cuidados no pós *NM* pelo enfermeiro.

4.8 Análise dos dados

As informações dos dados coletados e digitados foram tabuladas no programa Microsoft Office Excel versão 2010. Primeiro foi feita a análise descritiva. Para as variáveis quantitativas foi calculado a média, mediana, desvio padrão, coeficiente de variação, mínimo e máximo. E para as variáveis qualitativas foram calculadas a frequência e o percentual de cada categoria. A comparação entre os grupos caso e controle para as variáveis quantitativas foi realizada por meio da comparação das médias mediante teste não paramétrico de Wilcoxon (1945), por serem verificados que os dados não seguiram distribuição Normal. O nível de significância adotado em todos os testes foi de 5%. Para avaliar associação entre as variáveis categóricas, foram utilizados os testes de Qui-Quadrado (PEARSON, 1900) e Exato de Fisher (FISHER, 1922).

A partir das variáveis que mostraram relação significativa com o *NM* nos testes citados anteriormente, foram gerados modelos de regressão logística (COX, 1958; WALKER; DUNCAN, 1967), com o objetivo de calcular a estatística OR, que mensura a chance de ocorrência do NM. A escolha do modelo de regressão logística dá-se pela natureza da variável dependente do modelo (binária), que assume a ocorrência ou não do *NM*. Além disso, por causa dos problemas de multicolinearidade observados, adotaram-se modelos de regressão simples, ao invés de um único modelo múltiplo. As análises estatísticas foram realizadas com uso do software livre R versão

5 ARTIGO CIENTÍFICO

Página de Rosto do Artigo

FATORES DE RISCO PARA O NEAR MISS MATERNO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RISK FACTORS FOR THE NEAR MISS MATERNO, RELATED TO NURSING CARE

Catiane Souza Tavares Costa (1)

Alzira Maria D. Nery Guimarães (2)

(1) Acadêmica do mestrado de enfermagem do núcleo de pós-graduação de enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Brasil; catianetavares@hotmail.com

(2) Professora Doutora do núcleo de Pós Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, Brasil: alzirany@uol.com.br

Endereço do autor correspondente: Catiane Souza Tavares Costa

Rua Francisco Gumercindo Bersa, Número 315– Bairro Grageru, Aracaju– SE – Brasil. CEP: 49.025-220.

Endereço da Instituição: Campus da Saúde da Universidade Federal de Sergipe- UFS

Rua Claudio Batista, bairro Cidade Nova, s/n, Aracaju – SE – Brasil. CEP: 49.060-108

FATORES DE RISCO PARA O NEAR MISS MATERNO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RESUMO

Objetivo: Analisar os fatores de risco para Near Miss (*NM*) materno em mulheres pós *NM*, residentes em Aracaju, relacionado à Atenção Primária à Saúde. Método: Estudo caso controle realizado com 54 mulheres (18 casos e 36 controles). As variáveis quantitativas foram analisadas por meio do teste não paramétrico de Wilcoxon. Para avaliar associação entre as variáveis categóricas, foram utilizados os testes de Qui-Quadrado Person e Exato de Fisher. Os fatores de risco foram estimados a partir de Odds Ratio (OR). Resultados: Para as variáveis quantitativas o comportamento entre os grupos caso e controle foi semelhante. Dentre as variáveis qualitativas “ter companheiro, a história prévia da doença e o tipo de parto” foram as variáveis que tiveram significância estatística com o *NMM*. Na regressão logística, para a análise dos fatores de risco para o *NMM*, foi verificado que ter companheiro e tipo de parto apresentaram respectivamente 13,60 (IC: 4,11; 4,96) 4,08 (IC: 1,23;13,51) mais chance de uma mulher ter *NMM*. Conclusão: Faz-se fundamental a atenção continua à mulher em todo o ciclo gravídico puerperal, uma vez que foi identificado que essas mulheres necessitam ter um melhor acompanhamento na Atenção Primária à Saúde.

Descritores: Cuidado de Enfermagem; Fatores de Risco, *Near Miss* Materno

RISK FACTORS FOR THE *NEAR MISS* MATERNO IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT

Objective: Objective: To analyze risk factors for maternal Near Miss (*NM*) in post *NM* women, residing in Aracaju, related to primary health care. Method: Control case study with 54 women (18 cases and 36 controls). Quantitative variables were analyzed using the non-parametric Wilcoxon test. To evaluate the association between the categorical variables, the Chi-Square and Fisher's Exact tests were used. Risk factors were estimated from Odds Ratio (OR). Results: For the quantitative variables, the behavior between the case and control groups was similar. Among the qualitative variables "having a partner, the previous history of the disease and the type of delivery" were the variables that were statistically significant with *NMM*. In the logistic regression, for the analysis of risk factors for *NMM*, it was verified that having a partner and type of delivery presented, respectively, 13.60 (CI: 4.11, 4.96), 4.08 (CI: 1.23; 13,51) more chance of a woman having *NMM*. Conclusion: Continued attention is paid to women throughout the puerperal pregnancy cycle, since it has been identified that these

Keywords: Nursing care; Risk Factors, Near Miss Materno

FACTORES DE RIESGO PARA AMAGO MADRE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

RESUMEN

Objetivo: Analizar los factores de riesgo de la zona de Miss (*NM*) de mama en las mujeres después de *NM*, residente en Aracaju relacionados con la atención primaria de salud **Método:**. Un estudio de casos y controles con 54 mujeres (18 casos y 36 controles). Las variables cuantitativas se analizaron mediante la prueba no paramétrica de Wilcoxon. Para evaluar la asociación entre las variables categóricas, se utilizó la prueba de chi-cuadrado y exacta de Fisher persona. Los factores de riesgo se estimaron a partir Odds Ratio (OR). **Resultados:** Para las variables cuantitativas del comportamiento entre los grupos de casos y controles fue similar. Entre las variables cualitativas "de un socio, una historia de la enfermedad y el tipo de parto", fueron las variables que tuvieron significación estadística con *NMM*. En la regresión logística sencillo para el análisis de los factores de riesgo para el *NMM*, se encontró que el tener una pareja y tipo de parto presentado respectivamente 13.60 (IC: 4,11; 4,96) 4,08 (IC: 1,23; 13.51) más posibilidades de que una mujer tenga *NMM*. **Conclusión:** Es esencial la atención sigue las mujeres en todo el embarazo y el parto, como se identificó que estas mujeres necesitan tener un mejor seguimiento en la atención primaria de salud.

Palabras clave: Cuidados de enfermería; Los factores de riesgo, la zona de Miss madre

FATORES DE RISCO PARA O *NEAR MISS* MATERNO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade materna representa um grande desafio pelo número elevado de desperdícios de vida nos países em desenvolvimento. Embora as estatísticas revelem acentuado declínio no Brasil, os níveis ainda continuam muito elevados¹. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) evidenciam uma redução de 55,0% da taxa de óbitos maternos entre os anos de 1990 a 2011².

Entretanto, essa significativa redução da mortalidade materna corresponde a menos da metade do esperado para o cumprimento de um dos Objetivos do Milênio (ODM)³. Assim, a meta de se reduzir a mortalidade materna em três/quarto, entre 1990 e 2015, não foi atingida e persiste como problema de saúde pública⁴.

No Brasil, a morte materna pode ser considerada problema de saúde pública e, segundo dados do Ministério da Saúde, as regiões Norte e Nordeste têm os piores indicadores, enquanto as regiões Sul e Sudeste apresentam as menores proporções⁴. As causas obstétricas diretas, doenças hipertensivas, hemorragias e infecções puerperais são responsáveis por 75,0% dos óbitos maternos em todo território brasileiro⁵.

Nas duas últimas décadas, uma nova terminologia *NM*, foi introduzida por Stones⁶ fazendo referência à situação na qual mulheres que apresentam complicações potencialmente letais durante gravidez, parto e puerpério, sobrevivem ao acaso, ou devido à assistência hospitalar de qualidade.

A incidência de *NM* pode ser considerada indicador de complicações da atenção no ciclo gravídico puerperal e de surgimento de condições crônicas de saúde. É possível avaliar a ocorrência de complicações que são ameaçadoras da vida da mulher na gestação, parto e pós-parto, além de ser um sinalizador da qualidade da atenção obstétrica prestada a esse grupo populacional⁷.

A atenção pré-natal no Brasil, em sua maior parte, ocorre na Atenção Primária à Saúde (APS), que se configura como o principal acesso ao sistema de saúde, contato preferencial para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), que deve ser capaz de resolver necessidades de saúde mais frequentes da população. É caracterizado por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção à saúde e

prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação e manutenção da saúde da população⁸.

Os marcadores clínicos e de intervenção mais prevalentes, relacionados ao *NM* materno, apontam para a necessidade de fortalecimento da APS, com a realização de um pré-natal de qualidade e para a importância de uma rede de saúde articulada que garanta a referência e o tratamento com os recursos humanos e tecnológicos necessários na atenção secundária e terciária, reduzindo as possíveis iniquidades existentes na saúde⁹.

No Brasil, a APS é viabilizada por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) que tem a responsabilidade de realizar a atenção no ciclo gravídico/ puerperal e em todo o seu ciclo de vida da mulher, referenciando para o nível secundário e ou terciário, porém com a responsabilidade de acompanhar as mulheres identificadas com risco¹⁰.

Mulheres pós *NM* estão inseridas como usuárias de risco, assim, a abordagem da equipe de saúde da família, deve ser realizada, de forma individualizada, com enfoque nas complicações relacionadas a essa condição, o que se faz de extrema importância¹¹.

O desenvolvimento de estudos a cerca de *NM* materno tem sido utilizado para reconhecer os pontos críticos referentes à assistência à mulher. Alguns estudos sobre o tema vêm sendo realizados, procurando evidenciar as questões conceituais e clínicas, mas poucos abordam o seguimento da mulher sobrevivente de um evento de *NM*, em até um ano após a ocorrência. De tal modo, para ampliar o olhar dos profissionais de saúde que compõem a equipe da APS, fazem-se necessários estudos que abordem a temática proposta.

Como contribuição, esta pesquisa tem o objetivo de analisar os fatores de risco para *NM* materno em mulheres pós *NM*, residentes em Aracaju, relativo ao cuidado na APS.

2 CASUÍSTICA E MÉTODO

Estudo de caso controle de *NM* materno, foi realizado em Aracaju, capital do estado de Sergipe. O município possuía em 2010, uma população de 571.149 habitantes¹².

Dispõe de uma rede de serviços de saúde para a assistência materna composta por 44 unidades básicas de saúde, com cobertura de 87,0% da Estratégia de Saúde da Família, eleita pela Secretaria Municipal de Saúde para desenvolver a APS. A atenção ao pré-natal, para o nível secundário, é realizada por meio de um Centro de Especialidades Médicas de Aracaju (CEMAR), além da rede conveniada, contratada para essa finalidade¹³.

Para a assistência ao parto o município dispõe de quatro maternidades, duas conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS): Hospital Santa Izabel (HSI), Maternidade

Nossa Senhora de Lourdes (MNSL) e duas privadas que atendem gestantes provenientes das categorias, convênio e particular: Hospital Gabriel Soares (HGS)¹³.

A população do estudo foi composta por mulheres *NM*, residentes no município de Aracaju, identificadas em um banco de dados construído por meio da pesquisa “Características epidemiológicas dos óbitos fetais e neonatais precoce de filhos de pacientes com Near Miss” desenvolvida por o período de um ano e concluída em setembro de 2015. Essas mulheres preencheram pelo menos um dos critérios de *NM* preconizados pela OMS⁶, que caracteriza um caso de *NM* materno.

O local do estudo foram as Unidades Básicas de Saúde que desenvolvem a APS no município de Aracaju e o domicílio das mulheres *NM*, (casos) e não *NM*, (controles). Tomando como referência o banco de dados da pesquisa anteriormente citada, foram encontrados 76 casos de *NMM*/ano para o estado de Sergipe, desses, 21 eram de mulheres que residiam no município de Aracaju. A partir dessa informação foi dimensionada a amostra de 21 mulheres (casos), sendo localizadas 18 mulheres *NM* (85,7%). As três perdas estiveram relacionadas à mudança de moradia para outras localidades. A perda amostral ocorreu sem erro sistemático. Foram selecionados 36 controles, conforme critérios de inclusão, totalizando 54 mulheres que compuseram a amostra total deste estudo.

A definição dos controles foi realizada após a identificação dos 21 casos de *NMM* assistidos pelas UBS, acompanhados durante o pré-natal. O emparelhamento foi realizado a partir das seguintes variáveis: idade cronológica, idade gestacional, atenção pré-natal realizada pela mesma USF e equipe que assistiu mulheres com *NM*.

Inicialmente foi realizada busca das mulheres identificadas como *NM*, residentes em Aracaju, de acordo com os critérios de inclusão, nos endereços, constantes no banco de dados da pesquisa que foi referência para este estudo, citada anteriormente. Após a seleção dessas mulheres foram escolhidas as mulheres de risco habitual (controles), a partir do local de suas residências. As UBS foram localizadas e, conseqüentemente, as mulheres que fizeram pré-natal, acompanhadas pelas equipes de saúde da família a qual estavam inseridas. Após a identificação, dos casos e controles, foi aplicado um instrumento composto de 48 questionamentos.

Foram estudadas variáveis relativas à identificação da mulher, aspectos sociais, econômicos e demográficos, (renda familiar, anos de estudo), ligadas à vinculação da mulher as unidades de saúde da família/ equipe de saúde da família a qual está inserida, referentes à saúde reprodutiva e de atenção à saúde no ciclo gravídico puerperal: números de consultas realizadas pelo médico e enfermeiro na UBS, realização de exames laboratoriais no pré-natal,

tempo entre solicitação e a realização de exames, tempo entre a realização dos exames e recebimento dos resultados; mulher para outros níveis de atenção; critério identificado para inserção como *NM*; idade gestacional por ocasião do parto; tipo de parto, número de vistas domiciliares; elaboração de plano de cuidados no pós *NM* pelo enfermeiro.

As informações dos dados coletados foram digitadas e tabuladas no programa Microsoft Office Excel versão 2010. Primeiro, foi realizada a análise descritiva. Para as variáveis quantitativas foi calculado a média, mediana, desvio padrão, coeficiente de variação, mínimo e máximo. Para as variáveis qualitativas foram calculadas a frequência e o percentual de cada categoria.

A comparação entre os grupos, caso e controle, para as variáveis quantitativas, foi realizada por meio da comparação das médias, mediante teste não paramétrico de Wilcoxon por serem verificados que os dados não seguiram distribuição normal. Para o teste adotado foi o usado um nível de significância de 5,0 %, com p-valor maior que 0,05 para comportamento entre os grupos caso e controle semelhante. Para avaliar associação entre as variáveis categóricas, foram utilizados os testes de Qui-Quadrado Person e Exato de Fisher.

Em algumas variáveis multicolineares, o modelo de regressão escolhido foi à regressão logística simples Wilcoxon, por se tratar de variáveis que apresentaram correlação entre si e possuir distribuição binomial. Odds Ratio também foi usado para verificar a chance das variáveis que possuíram relação com o *NM*. As análises estatísticas foram realizadas com uso do software livre R versão 3.2.1.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe (CAAE: 50513415.9.0000.5546).

RESULTADOS

Foram entrevistadas 54 mulheres que realizaram o pré-natal em 13 Unidades de Saúde da Família (USF), sendo 18 casos e 36 controles. Na tabela 1, está apresentada comparação das médias dos grupos de casos e controles para as variáveis quantitativas. Observa-se que para todas essas variáveis, o comportamento entre os grupos, caso e controle, foi semelhante, $p > 0,05$.

Contudo, entre distribuição das médias e do desvio padrão dos casos e controles de *NMM* foi observado comportamento dispare em relação à maioria das variáveis. Entre os

casos, a renda familiar apresentou maior média (816,35), desvio padrão (406,73), e nos controles 784,81 e 378,49, média e desvio padrão respectivamente.

A variável “número de consultas realizadas pelo enfermeiro” apresentou menores médias entre casos (1,00) e controles (1,19). Além disso, o desvio padrão também sofreu o mesmo comportamento com os menores valores entre as demais variáveis dos casos (1,41) e controles (1,64).

Tabela 1- Comparação das médias entre os grupos caso e controle, para variáveis quantitativas. Aracaju, 2016.

Variáveis	Caso		Controle		P*
	Média	Desvio	Média	Desvio	
Renda Familiar	816,35	406,73	784,81	378,49	0,6883
Anos de estudo	11,28	3,03	10,75	3,42	0,5851
Consultas realizadas no pré-natal	6,67	2,50	5,83	2,02	0,2292
Tempo de solicitação/ entrega de exames	8,11	3,89	9,19	5,08	0,5092
Tempo de realização/ entrega de exames	20,78	13,64	23,36	22,61	0,7224
Idade da mulher no parto	29,17	8,49	28,17	7,47	0,6393
Idade gestacional	38,72	1,99	39,03	1,18	0,6881
Número de consulta realizada do enfermeiro	1,00	1,41	1,19	1,64	0,7713

*Teste de Wilcoxon

A tabela 2 evidencia a distribuição das frequências dos casos e dos controles para as variáveis qualitativas sociodemográficas e de atenção pré-natal. As variáveis estatisticamente significantes foram: ter companheiro ($p= 0,004$) e história previa da doença ($p=0,002$), todas com associação para o *NMM*. As demais variáveis não apresentaram significância estatística. Convém ressaltar que para as pessoas que tem companheiro, houve um equilíbrio nos percentuais em relação ao caso controle, porém, para as pessoas que não tem companheiro, quase a totalidade (94,12%) não teve *NM*.

Tabela 2- Distribuição das frequências dos casos e dos controles para as variáveis qualitativas relativas aos aspectos sócios demográficos e da atenção pré-natal. Aracaju, 2016

Variável	Casos n=18		Controles n=36		P**
	Frequência	%	Frequência	%	
Branca					
Não	17	33,33	34	66,67	1,000
Sim	1	33,33	2	66,67	
Com companheiro					
Não	1	5,88	16	95,23	0,004
Sim	17	45,95	20	54,05	
História Prévia de Doença					
Não	13	26,53	36	73,47	0,002
Sim	5	100,00	0	0,00	
Categoria de Assistência de pré-natal Pública					
Não	3	37,50	5	62,50	1,000
Sim	15	32,61	31	67,39	
Exames laboratoriais realizados (Conclusão)					
Não	2	15,38	11	84,62	0,179
Sim	16	39,02	25	60,98	
Uso de bebidas alcoólicas no Pré natal					
Não	17	33,33	34	66,67	1,000
Sim	1	33,33	2	66,67	
Uso de tabaco no pré natal					
Não	17	32,08	36	67,92	0,333
Sim	1	100,00	0	0,00	
Encaminhamento para a Atenção Secundária					
Não	14	29,17	34	70,83	0,087
Sim	4	66,67	2	33,33	

*Teste Qui-Quadrado e Exato de Fish

Os dados da tabela 3 evidenciam as variáveis qualitativas, referentes à assistência ao parto e atenção pós- parto. Foi observado que prevaleceu em ambos os grupos, para a maior parte das variáveis analisadas, que a categoria de internação SUS foi a mais prevalente, bem como a menor frequência de realização de visitas domiciliares pelos profissionais, a ausência do acompanhamento das mulheres no pós-parto pelos profissionais da ESF, não realização de visitas de enfermagem, não elaboração de um plano de cuidados, ou seja, a ausência de uma atenção contínua para os grupos, especialmente as mulheres *NM* que necessitam de um cuidado diferenciado, por serem de risco. No entanto, apenas o tipo de parto teve significância estatística ($p= 0,038$). Todas as outras variáveis analisadas não foram estatisticamente significantes.

Tabela 3- Distribuição das frequências dos casos e dos controles para as variáveis qualitativas relativas à atenção ao parto e no puerpério. Aracaju, 2016

Variável	Caso (n= 17)		Controle (n=34)		P*
	Freq	%	Freq	%	
Tipo de parto					
Normal	11	52,38	10	47,62	0,038
Cesáreo	7	21,21	26	78,79	
Categoria de internação SUS					
Não	2	40,00	3	60,00	1,0000
Sim	16	32,65	33	67,35	
Genitora com Near Miss					
Clínico	15	100,00	0	0,00	1,0000
Manejo	3	100,00	0	0,00	
Não se aplica	0	0,00	36	100,0	
Visita domiciliar realizada no pós-parto					
Não	11	30,56	25	69,44	0,7595
Sim	7	38,89	11	61,11	
Enfermeiro elaborou plano de cuidado					
Sim	0	0,00	1	100,0	0,6778
Não	15	32,61	31	67,39	
Visita domiciliar de algum profissional após alta hospitalar					
Não	5	27,78	13	72,22	0,7595
Sim	13	36,11	23	63,69	
Enfermeiro deu orientações sobre problema relacionadas ao parto					
Não	13	68,42	6	31,58	1,0000
Sim	5	62,50	3	37,50	
Não se aplica	0	0,00	27	100,00	
Enfermeiro verificou exames laboratoriais durante visita domiciliar					
Não	13	28,89	32	71,11	0,1416
Sim	5	55,56	4	44,44	

*Testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher

Nas análises apresentadas nas tabelas 2 e 3, foi verificado que ter companheiro, a história prévia da doença e o tipo de parto foram as variáveis que tiveram significância estatística para o *NMM*. Estas variáveis apresentaram correlação entre si e, portanto, multicolinearidade. A regressão linear simples foi realizada para cada uma dessas variáveis.

Esta escolha ocorreu em virtude da variável dependente do modelo (a ocorrência do *NM*) possuir distribuição binomial.

Ao verificar as tabelas 4a e 4b para as variáveis estatisticamente significantes, “companheiro”, “tipo de parto” e “história prévia da doença” foi verificado IC e OR. Para a variável “companheiro”, a chance de ter *NMM* foi de 13,60 (IC: 4,11; 4,96) vezes maior entre as mulheres que possuem companheiro, do que entre as que não o possuem. Para a variável “tipo de parto”, o OR estimado foi de 4,08 (IC:1,23;13,51) . Este resultado evidencia que a chance de que uma mulher tenha *NM* é 4,08 vezes maior entre as mulheres que realizaram cesáreas, em comparação com as mulheres que tiveram parto normal. Relativo à variável história prévia da doença, mesmo tendo sido observado existir uma relação entre essa variável e o *NM*, o mesmo não foi observado na regressão logística, uma vez que se observa que o parâmetro estimado do modelo não foi significativo ($p = 0,9916 > 0,05$).

Tabela 4a: Odds Ratio (OR) e correspondentes intervalos de confiança (IC95%) para variáveis companheiro e tipo de parto, estimados pelo modelo de regressão logística simples. Aracaju, 2016

Variáveis	Parâmetro	OD	IC*	P**
Intercepto	-2,77			0,0072
Companheiro	2,61	13,60	[4,11; 4,96]	0,0159
Intercepto	-1,31			0,0021
Tipo de Parto	1,41	4,08	[1,23;13,51]	0,0211

*Intervalo de Confiança **Teste “t”

Tabela 4b: Odds Ratio (OR) e correspondentes intervalos de confiança (IC95%), para variável história prévia da doença estimados pelo modelo de regressão logística simples. Aracaju, 2016

Variáveis	Parâmetro	OD	IC*	P**
Intercepto	-1,02	-	-	0,0016
História prévia da doença	18,58	-	-	0,9916

*Intervalo de Confiança **Teste “t”

DISCUSSÃO

Neste estudo evidenciou-se que ocorreu significância estatística, em três das variáveis qualitativas analisadas. Pacientes com companheiro, com história previa de doença e que foram submetidas a partos cesáreos. Entre as variáveis quantitativas para ocorrência de *NMM*, ocorreu comportamento semelhante nas variáveis analisadas. Em um estudo, realizado no Brasil, foi observado comportamento distinto, por ter sido evidenciado significância entre as mulheres que apresentaram *NM* referente a variáveis quantitativas, tais como, renda familiar e anos de estudo¹⁴.

Entre as variáveis sociodemográficas associadas à ocorrência de *NMM*, segundo pesquisa realizada por Haddad¹⁵, a variável raça não branca, estado civil casada, baixa escolaridade e renda familiar desfavorável, aumentaram significativamente o risco para o desfecho *NMM*. Esses dados se encontram em concordância com o que foi evidenciado neste estudo, exceto no que se refere à baixa escolaridade, uma vez que, foi verificada uma proporção elevada de mulheres com mais de seis anos de estudo, tanto nos casos (100%) quanto nos controles (94,44%).

A variável “número de consultas realizadas pelo enfermeiro” apresentou semelhança no comportamento entre os casos e os controles. Em estudos¹¹⁻¹⁵ com a mesma temática, observou-se que o numero de consultas realizadas, em mulheres com risco para *NM* e de risco habitual, apresentavam-se semelhantes, o que pode indicar que o pré-natal realizado na APS ainda não tem a qualidade esperada.

Neste estudo, as gestantes foram assistidas majoritariamente na rede pública de Saúde. Estudo desenvolvido por Souza¹⁶ foi verificado que o risco de evoluir para *NM* foi 4,25 vezes maior, em gestantes que realizam o pré-natal no SUS. Esses dados podem expressar que possivelmente com o aumento da cobertura pré-natal, na APS no Brasil, não foi acompanhada de uma atenção efetiva às mulheres na gestação, embora seja tenha sido evidenciada a expansão das equipes da ESF.

Entre as variáveis qualitativas, relativas à atenção ao parto e no puerpério, apenas o “tipo de parto” foi confirmado com significância estatística. Pesquisa estudo desenvolvida, em 2015 em Recife, também obteve semelhante relação, com cerca de 80,0% dos partos da amostra sendo de partos cesáreos. Isso possivelmente está associado às complicações provenientes das causas clínicas, evidenciadas no grupo de mulheres classificadas como *NM*, conforme achados de Galvão¹⁴ e Camargo¹⁷ que trazem evidências comuns.

A variável “ter companheiro”, foi estatisticamente significativa para o risco de *NMM*. Outros estudos não obtiveram significância estatística entre a variável “ter companheiro” e a ocorrência de *NMM*. De fato, foi um achado diferente do que vem sendo apresentado na literatura¹⁸⁻¹⁹.

A história previa de doença também foi estatisticamente significativa para o risco de *NMM*, apesar de não ter sido confirmada na análise dos fatores de risco. Estudo semelhante realizado no Brasil,²⁰ foi evidenciada associação entre a ocorrência de *NMM* e complicações, no período anterior à gestação relacionando, a infecção do trato urinário recorrente, como um fator importante em casos investigados das complicações maternas¹⁷. No entanto, em outro estudo⁹ foi verificada desordens hipertensivas, como a principal patologia prévia a situação de complicação durante o parto.

Em relação à frequência de realização de visitas domiciliares pelos profissionais da ESF, a pouca expressão encontrada, pode comprometer o adequado seguimento da mulher pela APS, conforme estudo realizado no Maranhão¹⁷. O não acompanhamento das mulheres em todas as fases do período gravídico e puerperal, inclusive a insuficiente realização de visitas domiciliares dos profissionais da ESF e a não elaboração de um plano de cuidados, durante o pré-natal, foi uma realidade encontrada, entre os grupos casos e controles, neste estudo. Tal fato pode estar associado à ausência de uma APS contínua e atuante para esse seguimento populacional.

Especialmente entre os grupos de mulheres *NM*, é perceptível a necessidade de um cuidado diferenciado, com uma atenção de saúde de toda equipe de saúde da ESF, fato não evidenciado neste estudo configurando-se como importante aspecto a ser considerado no desenvolvimento da ESF¹⁸.

Como contribuição, esta pesquisa pretende proporcionar uma reflexão sobre a assistência prestada às mulheres no período gravídico e puerperal, especialmente as que tiveram *NM*, a cerca da necessidade de ter um acompanhamento contínuo na APS, para a prevenção dessa condição e, conseqüentemente, para a redução do número de complicações maternas graves.

Vale ressaltar que esta pesquisa é inédita no estado de Sergipe, uma vez que não existe outro estudo que aborde essa temática, o que pode auxiliar na melhoria da qualidade da assistência prestada as mulheres.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre os fatores de risco para NMM encontrados em mulheres residentes em Aracaju, foi possível verificar que a variável companheiro, tipo de parto e história previa de doença tiveram significância estatística com a ocorrência de *NMM*, não sendo confirmada essa última variável, como fator de risco.

Considera-se importante o fortalecimento da APS, por meio do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro, para o correto seguimento dos protocolos de atenção à saúde da gestante, parturiente e puérpera, visando à prevenção de complicações para a mulher, no ciclo gravídico puerperal, geralmente evitável, bem como o atendimento contínuo a esse grupo populacional.

REFERÊNCIAS

1. Rosendo TMSS, Roncalli AG. Prevalência e fatores associados ao Near Miss Materno: inquérito populacional em uma capital do Nordeste Brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(4): 1295-1304.
2. "Organização das Nações Unidas do Brasil. Mortalidade materna cai 55% no Brasil, aponta relatório sobre Objetivos do Milênio, diz ONU.ONUBR. 2017.Disponível em:< <https://nacoesunidas.org/mortalidade-materna-cai-55-no-brasil-aponta-relatorio-sobre-objetivos-do-milenio/>>. Acesso em 08 jan.2017.
3. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento / Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. - Brasília: Ipea : MP, SPI, 2014.
4. Ministério da saúde. Manual dos comitês de mortalidade materna.3 ed. Brasília; 2007.
5. Stones W. An investigation of maternal morbidity with identification of life-threatening 'near miss' episodes. *Health Trends*. 1991;23(1):13-15.
6. Tatyana MSSR,Angelo GR. Prevalência e fatores associados ao Near Miss Materno: inquérito populacional em uma capital do Nordeste Brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(4):1295-1304.
7. Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss: towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best pract. res., Clin. obstet. gynaecol*. 2009;23(3): 287-96
8. World Health Organization. A draft proposal for a classification system for cause – identification of maternal deaths and for severe acute maternal morbidity for use as a quality of care tool. Unpublished document, 2008.
9. Oliveira LC, Costa AARD. Óbitos fetais e neonatais entre casos de near miss materno. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2013;59(5):487-494
10. Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estud. av*. 2013; 27(78):27-34.
11. Guerreiro EM, Rodrigues DP, Silveira MAM, Lucena NBF. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. *Rev. Min. Enferm*. 2013;16(3):315-323.

12. Pereira M.N, Silva, MS, Dias MAB, Reichenheim ME, Lobato G. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS): uma avaliação do seu desempenho para a identificação do near miss materno. *Cad. Saúde Pública*. 2013;29(7):1333-1345.
13. IBGE. Instituto Brasileiro de geografia e estatísticas. Cidades. 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=280030&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>> . Acesso em: 20 set. 2016
- Souza MACD, Souza THSCD, Gonçalves AKDS. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2015;37(12):549-51.
14. Galvão LPL, Alvim-Pereira F, de Mendonça CMM, Menezes FEF, do Nascimento GKA, Ribeiro Jr RF et al. The prevalence of severe maternal morbidity and near miss and associated factors in Sergipe, Northeast Brazil. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014;14(1):25.
15. Haddad B, Sibai BM. Expectant management in pregnancies with severe pre-eclampsia. *Semin Perinatol*. 2009;33(3):143-51.
16. Almeida PF, Fausto MC; Giovanella AL. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;26:p.84-95.
17. Camargo RS, Santana DS, Cecatti JG, Pacagnella RC, Tedesco RP, Mello JR, Elias F, Sousa MH. *Int J Gynecol Obstet* 2011;112:88-92.
18. Medeiros LSM, Costa ACM. Período puerperal: a importância da visita domiciliar para enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. *Rev Rene*. 2016; 17(1):112-9.
19. Geller SE, Rosenberg D, Cox SM, Kilpatrick S . Defining a conceptual framework for near miss maternal morbidity. *American Journal of Medicine Women's Association*. 2002;57(1):135-139.
20. Nelissen E, Mduma E, Broerse J, Ersdai H, Olsen BE, Roosmalen JV, Stekelenburg J. Applicability of the WHO maternal near miss criteria in a low-resource setting. *PLoS One*. 2013;8(4):61248-10.1371.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.F; FAUSTO, M.C; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. v.29, p.84-95, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. BRASIL. Ministério da saúde. Conselho nacional de secretários de saúde. *Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde*. 1 ed. Brasília: CONASS, 2015.

FACCHINI, L.A. et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad.Saúde Pública*.v.24, p.159-172, 2008.

FILIPPI, V.; RONSMANS, C.; CAMPBELL, O. M.; GRAHAM, W. J.; MILLS, A.; BORGHI, J; et al. Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action. **The Lancet**, v. 368, n. 9546, p. 1535-1541, 2006.

GALVÃO, L. P. L. Prevalência e fatores de risco para morbidade materna grave e near miss materno no estado de Sergipe. 2012. 62 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2012.

GALVÃO, L. P. L.; ALVIM-PEREIRA, F.; DE MENDONÇA, C. M. M.; MENEZES, F. E. F.; DO NASCIMENTO GÓIS, K. A.; RIBEIRO JR, R. F.; GURGEL, R. Q. The prevalence of severe maternal morbidity and near miss and associated factors in Sergipe, Northeast Brazil. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 14, n. 1, p. 25, 2014.

GELLER, S. E.; ROSENBERG, D.; COX, S. M.; KILPATRICK, S. Defining a conceptual framework for near miss maternal morbidity. **American Journal of Medicine Women's Association**., s. l., v. 57, p. 135-139, 2001.

GUERREIRO, E.M, RODRIGO,D.P, SILVEIRA, M.A.M, LUNENA, N.B.F. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Rev. Min. Enferm.** v.1, n.6, p.315-323, 2013.

KAROLINSKI, A.; MERCER, R.; MICONE, P.; OCAMPO, C.; SALGADO, P.; SZULIK, D.; et al. Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. **Rev Panam Salud Publica**. v. 37(4/5), p. 351-359, 2015.

KAWATA L, S, MISHIMA, S.M; CHIRELLI, M, Q; PEREIRA, M, J, B. O trabalho cotidiano da enfermeira as saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. **Texto Contexto Enferm**. v.18, n.2, p.313-320, 2009.

MANTEL G. D, et al. Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition for a near-miss. *Br J ObstetGynaecol*, s. l., v. 105, n.9, p.985-990, 1998.

MENDES, E.V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estud. av.** v.27, n.78, p.27-34, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: plano de ação 2004-2007. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

OLIVEIRA, L. C.; COSTA A.A.R. Óbitos fetais e neonatais entre casos de near miss materno. Revista da Associação Médica Brasileira. v. 59, n. 5, p. 487-494, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde. 8. ed. São Paulo, Ed. Universidade de São Paulo, 2000.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **Objetivos do milênio avançam mais do que o previsto e mais metas devem ser alcançadas até 2015, diz ONU**. ONUBR. 2013. Disponível em:< <http://www.onu.org.br/objetivos-do-milenio-avancammais-do-que-o-previsto-e-mais-metas-devem-ser-alcancadas-ate-2015-diz-onu/>>. Acesso em 09 ago. 2016

PEREIRA,M.N. Avaliação do desempenho do sistema de informação hospitalares (SIH – SUS) na identificação dos casos de near miss materno. 2011. 87 f. Dissertação (Mestrado Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

ROSENDO, M.S.S; RONCALLI, A.G. Prevalência e fatores associados ao Near Miss Materno: inquérito populacional em uma capital do Nordeste Brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.20, n.4, p.1295-1304, 2015.

SOUZA, J. P. D. **Uma abordagem abrangente para o estudo populacional do near miss materno**. 2008. 209 f. Tese (Doutorado em Tocoginecologia) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

SOUZA, J. P.; CECATTI, J. G.; FAUNDES, A. Maternal near miss and maternal death in the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health. **Bull World Health Org**, v. 88, p. 113–119, 2010.

STONES, W.; LIM, W.; AL-AZZAWI, F.; KELLY, M. An investigation of maternal morbidity with identification of life-threatening 'near miss' episodes. **Health Trends**. v. 23, n. 1, p. 13-15, 1991.

SAY,L; SOUZA, J.P, PATTINSON, R.C. Maternal *near miss*: towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. Best pract. **res., Clin.obstet. gynaecol**. v.23, n.3:p. 287-96, 2009.

VOGEL, J. P.; SOUZA, J. P.; MORI, R.; MORISAKI, N.; LUMBIGANON, P.; LAOPAIBOON, M.; et al. Maternal complications and perinatal mortality: findings of the World Health Organization on behalf of the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. **International Journal of Obstetrics & Gynaecology**. v. 121, n. s1, p. 76-88, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Maternal mortality**. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/gho/maternal_health/mortality/maternal/en/>. Acessado em: 03 jan. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Maternal mortality in 1990-2013. WHO. 2014. Disponível em: <http://www.who.int/gho/maternal_health/countries/bra.pdf?ua=1/>. Acesso em: 12 jun. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. A draft proposal for a classification system for cause – identification of maternal deaths and for severe acute maternal morbidity for use as a quality of care tool. Unpublished document. Geneva: WHO, 2008.

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Formulário Nº _____

FATORES DE RISCO PARA O NEAR MISS MATERNO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

FOLHA DE IDENTIFICAÇÃO

1. Nome do entrevistador: _____
2. Número do prontuário do paciente: _____
3. Data da Entrevista:

Dia	Mês	Ano
4. Nome da Participante: _____
5. Endereço completo, sem abreviações: **(Rua, Avenida, Travessa, Sítio, etc., e número)** _____
6. Bairro: _____
7. Município: _____ UF: _____
8. Telefone(s) de Contato Fixo: _____ e Celular _____
9. Ponto de Referência: _____

DADOS RELATIVOS À UNIDADE DE SAÚDE QUE ESTÁ VINCULADA(ESF)

10. Qual a Unidade de Saúde que a senhora frequenta? _____
11. Qual a ESF que está incluída? _____
12. Qual o nome do agente comunitário de saúde que visita a sua casa? _____
13. Nome do enfermeiro: _____
14. Histórico de doença prévia? Sim ☐ Não ☐

DADOS RELATIVOS À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

15. Foi realizado pré-natal na Unidade Básica de Saúde? Sim ☐ Não ☐
16. Quantas consultas foram realizadas pelo médico? _____
17. Quantas consultas foram realizadas pelo enfermeiro? _____
18. Quais exames laboratoriais e de imagem foram realizados? _____
19. Qual o tempo entre a solicitação e realização dos exames? _____
20. Qual o tempo entre a realização e recebimento dos resultados dos exames? _____
21. Fez uso de bebidas alcóolicas durante o pré-natal? Sim ☐ Não ☐
22. Fez uso de drogas durante o pré-natal? Sim ☐ Não ☐
- Se Sim, quais _____
23. Houve encaminhamento da gestante para o nível secundário de atenção a saúde? Sim ☐ Não ☐
- Se sim, qual? _____
24. Foi realizado uso de medicações durante o pré-natal? Sim ☐ Não ☐
- Se sim, qual (is)? _____
25. _____ Q
- Qual o problema de saúde identificado que gerou a necessidade para a referência da gestante para a atenção secundária? _____

DADOS RELATIVOS AO PARTO

26. Idade da paciente no parto:
27. Idade gestacional no momento do parto:
28. Data do Parto: Dia Hora min
29. Tipo de parto (*Normal=1 / Cesariana=2 / Fórceps=3*): Se foi cesárea qual o motivo? _____

30. Categoria de Internação (SUS=1 / Convênio=2 / Previdência pública=3 / Particular=4 / Complemento= 5 / Pacote=6): _____

DADOS RELATIVOS AO PÓS-PARTO

31. Houve visita domiciliar no puerpério? Sim ☐ Não ☐

32. Houve acompanhamento na unidade após o parto? Sim ☐ Não ☐

33. No ultimo ano fez Prevenção de câncer cérvico uterino? Sim ☐ Não ☐

34. No ultimo ano fez Prevenção de câncer de mama? Sim ☐ Não ☐

35. Ficou com alguma sequela ou doença proveniente do NM da ultima gestação? Sim ☐ Não ☐

Qual? _____

36. O enfermeiro fez consulta de enfermagem no pós-parto tardio? Sim ☐ Não ☐

Se sim, quantas consultas?

< 6 consultas ☐

≥ 6 consultas ☐

37. O enfermeiro elaborou um plano de cuidado após o NM? Sim ☐ Não ☐

38. O enfermeiro deu orientações sobre o cuidado com a saúde? Sim ☐ Não ☐

39. Faz uso contínuo de medicações? Sim ☐ Não ☐

DADOS RELATIVOS AO ATENDIMENTO PRESTADO A PUERPERA PÓS NEAR MISS NA USF REALIZADO PELO ENFERMEIRO

40. Algum profissional visitou a senhora após a alta hospitalar? Sim Não

Se sim, quanto tempo após: _____

7 dias após os parto ☐

14 dias após os parto ☐

30 dias após os parto ☐

outros: ☐

41. O enfermeiro tinha conhecimento a cerca das complicações que ocorreram no seu parto?

Sim ☐ Não ☐

42. O enfermeiro realizou orientações quanto a complicações possíveis relacionadas ao pós parto?

Sim ☐ Não ☐

43. O enfermeiro verificou exames laboratoriais durante recentes durante a consulta de enfermagem?

Sim ☐ Não ☐

44. O enfermeiro questionou sobre como você se encontrava no momento da visita?

Sim ☐ Não ☐

OCORRÊNCIA DE ABORDAGEM DIFERENCIADA E DIRECIONADA A MULHERES PÓS NEAR MISS

45. Enfermeiro questiona sobre a ocorrência de Hemorragia pós-parto tardia?

Sim ☐ Não ☐

46. Enfermeiro questiona sobre a ocorrência de Hipertensão Arterial Sistêmica?

Sim ☐ Não ☐

47. Enfermeiro questiona sobre a ocorrência de Sangramento persistente?

Sim ☐ Não ☐

48. Enfermeiro realizou plano de cuidado direcionado a paciente pós Near Miss?

Sim ☐ Não ☐

49. Enfermeiro informou a necessidade de acompanhamento periódico na USF? Sim Não

☐ ☐

Anexo B – INSTRUÇÕES AOS AUTORES

PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE DA REVISTA ENFERMAGEM EM FOCO

O processo de submissão é feito somente no endereço: <http://revista.portalcofen.gov.br>. O periódico utiliza o sistema de avaliação por pares, preservando o sigilo, com omissão dos nomes de avaliadores e autores.

Os artigos submetidos, adequados às normas de publicação, após a pré-análise do Editor Chefe, são enviados aos Editores Associados para seleção de consultores.

Finalizada a avaliação dos consultores, o Editor Associado encaminha uma recomendação ao Editor Chefe que decidirá pela aprovação, reformulação ou recusa do artigo.

Podem ser submetidos artigos originais e artigos de revisão.

FORMATO E ESTRUTURA DOS MANUSCRITOS

Artigos originais

São manuscritos que apresentam resultados de pesquisa inédita de natureza qualitativa ou quantitativa. São também considerados artigos originais as reflexões teóricas opinativas ou analíticas.

Artigos de revisão

Estudos de revisão integrativa da literatura, de revisão sistemática com ou sem metanálise. Os artigos devem ser estruturados com os seguintes tópicos: título, resumos, introdução, objetivo(s), metodologia, resultados, discussão, conclusão e referências.

Identificação do manuscrito

Título: conciso e informativo;

Autoria: nome(s) do(s) autor(es), indicando a titulação máxima, vínculo institucional e endereço eletrônico do autor correspondente. Os autores devem especificar, em formulário próprio (modelo 1), a participação na elaboração do manuscrito;

Idioma: serão aceitos textos em português, espanhol e inglês;

Limite de palavras: o número máximo de palavras é de 3 mil (3.000), incluindo títulos, resumos e descritores nas três línguas (português, inglês e espanhol) e referências;

Formatação: papel A4 (210 x 297 mm), margens de 2,5 cm em cada um dos lados, letra Times New Roman com corpo 12, espaçamento duplo e redigido em Word;

Resumo e descritores: o resumo deverá conter de 100 a 150 palavras, identificando objetivos, metodologia, resultados e conclusões. Os artigos deverão apresentar os resumos em português, inglês e espanhol, sequencialmente na primeira página, incluindo títulos e descritores nos respectivos idiomas. Os descritores, separados por vírgulas, devem ser em número de três a cinco, sendo aceitos somente os vocábulos incluídos na lista de “Descritores em Ciências da Saúde – DeCS-Lilacs”, elaborada pela Bireme (acessível em <http://decs.bvs.br>), ou no Medical Subject Heading – MeSH (acessível em

www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh). Para ensaio clínico, apresentar o número do registro ao final do resumo;

Ilustrações: as ilustrações incluem tabelas, figuras e fotos, inseridas no texto, numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem de apresentação. A numeração sequencial é separada para tabelas, figuras e fotos. O título das ilustrações deve ser breve, inserido na parte superior e as notas, quando necessárias, estar após a identificação da fonte. Em caso do uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados sem apresentar permissão, por escrito, para fins de divulgação científica. As ilustrações precisam ser claras para permitir sua reprodução em 8 cm (largura da coluna do texto) ou 17 cm (largura da página). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas, encaminhando-a na submissão dos manuscritos;

Limitações do estudo: posicionados no final da discussão.

Referências: as referências estão limitadas a 25, apresentadas no formato Vancouver Style (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). É preciso identificar as referências no texto por números arábicos, entre parênteses e sobrescritos. Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traço (ex.: 3-8); quando intercalados, use vírgula (ex.: 1, 4, 12). Na citação dos autores, quando houver mais de um, liste os seis primeiros seguidos de et al., separando-os por vírgula. As citações diretas (transcrição textual) devem estar no corpo do texto, independentemente do número de linhas, e identificadas entre aspas, indicando autor e página(s) (ex.: 1:20-21);

Agradecimentos e Financiamento: posicionados no fim do texto;

Aspectos éticos: manuscritos resultantes de pesquisa com seres humanos ou animais, no ato da submissão, deverão vir acompanhados, no sistema on-line, da cópia da aprovação do Comitê de Ética (no caso brasileiro) ou da declaração de respeito às normas internacionais;

Transferência de direitos autorais: os artigos devem ser encaminhados com as autorizações on-line de transferência de direitos à revista (modelo 2).

Os autores devem declarar se há conflito de interesse.

GUIA DE SUBMISSÃO

1.1 Acessar:

Para se cadastrar pela primeira vez, o autor pode clicar em **CADASTRO** no menu superior ou, na página de acesso, clicar no link "**Não está cadastrado? Cadastre-se no sistema**".
[\[clique aqui para ser direcionado ao cadastro\]](#)

Para o Autor já cadastrado no sistema, basta logar clicando em **ACESSO** no menu superior.
[\[clique aqui para ser direcionado à página de acesso\]](#)

1.2 Cadastrar:

É importante que o autor preencha seus dados corretamente, se possível em todos os campos.

Os campos com "*" asterisco, são obrigatórios.

IMPORTANTE: O Autor deve selecionar a opção "**Autor**" na seção "**Cadastrar como**". As opções de Leitor e Autor devem ser marcadas.

Dica: No campo URL, o Autor poderá colocar o endereço para o Lattes.

Depois de cadastrado, o autor receberá e-mail com login e senha.

1.3 Iniciar Submissão:

Logado na Revista, entrar na "**Página do Usuário**", assim o Autor poderá:

- Ver o andamento das submissões;
- Ver Submissões Incompletas;
- Fazer nova submissão;
- Gerenciar apontamentos.

1.4 Completar os cinco (5) passos da submissão:

Dica: O Autor não precisa concluir os cinco (5) passos de uma só vez. É possível sair do sistema durante o processo podendo retomar de onde parou acessando as submissões listadas como "Incompletas", na lista de submissões ativas.

PASSO 1: INICIAR SUBMISSÃO

- Ler e Aceitar as condições de submissão*
- Concordar com a Declaração de Direito Autoral da Revista*
- Escolher a seção da revista onde o autor deseja publicar*
- Enviar comentários opcionais ao editor.

* Itens obrigatórios para seguir para o próximo passo.

PASSO 2: TRANSFERÊNCIA DO MANUSCRITO

- **ASSEGURANDO A AVALIAÇÃO POR PARES CEGA:** Ao clicar neste link, o Autor poderá ler instruções de como não revelar a identidade de autores e avaliadores entre os mesmos durante o processo editorial como, por exemplo, tirando identificação das propriedades dos documentos do Word.
- Ler as instruções e transferir o documento;
- Clicar para escolher o documento/arquivo, enviar e salvar e continuar para seguir ao próximo passo.

ATENÇÃO: Observe o tamanho máximo do arquivo permitido, opção que geralmente se encontra nas Condições de submissão, no **PASSO 1**.

PASSO 3: INCLUSÃO DE METADADOS

- Neste passo o autor irá inserir os **METADADOS** (dados sobre o autor; título; resumo e

outros) do documento: é importante que todos os campos sejam preenchidos.

- O Autor poderá colocar seu Currículo Lattes no campo URL ou no Resumo da Biografia.
- Clicando em "**Incluir autor**", o autor poderá incluir os nomes de outros Autores e definir a ordem em que aparecerão.

ATENÇÃO: O SEER/OJS não permite usuários com e-mails iguais.

Importante: O Autor deverá selecionar o idioma no qual enviará o documento. Ou seja, no caso do envio do documento em duas ou mais idiomas, selecionar na caixa a língua, preencher os dados e salvar. Depois, clicar novamente no link Inclusão de metadados, selecionar outro idioma na caixa e preencher os dados conforme a outra língua, e assim sucessivamente.

PASSO 4. TRANSFERÊNCIA DE DOCUMENTOS SUPLEMENTARES

- O Autor deve enviar os seguintes Documentos Suplementares assinados e digitalizados:

(a) O modelo de Transferência de direitos autorais assinado e digitalizado - [Clique aqui para obter o modelo de Transferência de direitos autorais](#)

(b) O modelo de Declaração de responsabilidade assinado e digitalizado - [Clique aqui para obter o modelo de Declaração de responsabilidade](#)

- Após a transferência dos arquivos, o Autor deve clicar em "**Salvar e continuar**";
- Na próxima página o Autor deve incluir os metadados dos documentos enviados;

Importante: depois de enviado o arquivo, não é possível alterá-lo.

- Para finalizar o Autor deve clicar em "**Concluir submissão**".

- PRONTO! A submissão foi realizada.